

長野市介護保険 要介護・要支援 認定申請書

新規 更新 変更

(宛先) 長野市長

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被保険者情報: 介護保険番号, 個人番号, 医療保険者名, 被保険者証記号/番号/枝番, フリガナ, 性別, 氏名, 生年月日, 住所, 電話番号, 現在の生活場所, 入院・入所先名称, 前回の認定結果等, 変更申請の場合その理由

窓口に来られたあなた(被保険者本人の場合は、申請者区分以外は記入不要です。)

申請者区分: 本人, 家族, 地域包括支援センター, 居宅介護支援事業者, 介護老人福祉施設, 介護老人保健施設, 指定介護療養型医療施設, 介護医療院, その他事業所, その他. 氏名, 本人との関係, 住所, 連絡先, 提出代行者

訪問調査等に関する問合せ先(上記の欄と同じ場合は、記入不要です。)

連絡人: 氏名, 本人との関係, 住所, 連絡先, 電話番号

訪問調査の日程調整及び調査に当たり留意すべき事項(立会人に関する事、サービス利用日等)を記入してください。

伝達事項

主治医: 主治医の氏名, 医師, 医療機関名, 所在地, 電話番号

第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入の方)は、この欄も記入してください。

特定疾病の名称, リスト番号, 名称

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を長野市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設等の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。(介護サービス計画表、介護予防支援計画表を主治医意見書を記載した医師に提示することを含む) 本人氏名

市処理欄: 意見書, 資格者証発行, 資格, 申請・連絡先入力, 意見書入力, 受付支所コード, 割振コード, 申請開始日, 前回調査事業所, 受付日